

Antrag auf Krankenversicherung

Anforderung eines Vorschlages für eine Krankenversicherung



- Krankheitskostenversicherung
- Krankenhaustagegeldversicherung
- Krankentagegeldversicherung
- Pflegeversicherung



Krankenversicherung

- Krankheitskostenversicherung
- Krankentagegeldversicherung
- Krankenhaustagegeldversicherung
- Pflegeversicherung

einschließlich der Krankheitskosten-Pflichtversicherung. Die Tarife VPremP, SelAS22P, SelAS32P, MVS und VSB sind geeignet, die Pflicht zum Abschluss und zur Aufrechterhaltung einer privaten Krankheitskosten-Pflichtversicherung nach § 193 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zu erfüllen. Sie sind für Personen konzipiert, die dieser Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung unterliegen. Ab dem 1.1.2009 stehen diese Tarife nur in der Tarifvariante mit Übertragungswert für den Neuzugang zur Verfügung.

GS _____

Adress-Nr. (VN) _____

VS-Nr. _____

Vermittler(in)-Nr. _____

Antrag auf Krankenversicherung Anforderung eines Vorschlages für eine Krankenversicherung

Neuabschluss Änderung Wird Versicherungsschutz nach mehreren Tarifen oder für mehrere Personen gewünscht, wird pro Tarif und Person jeweils ein Versicherungsvertrag geschlossen, der unter einer einheitlichen, mehrere rechtlich selbstständige Verträge umfassenden Versicherungsnummer geführt wird.

Wie viele Personen sollen insgesamt versichert werden? _____
 Wenn mehr als eine Person versichert werden soll, bitte weitere Antragsformulare mit gleichem Antragsteller beifügen.

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Versicherungsschutz übernehmen wir im Vertrauen darauf, dass uns die für den Vertragsabschluss und für die Übernahme des zu versichernden Risikos maßgebenden Umstände wahrheitsgemäß und vollständig mitgeteilt werden. Der Antragsteller und die zu versichernde Person haben uns bis zur Abgabe ihrer Vertragserklärung die Ihnen bekannten Gefahrumstände anzuzeigen, die für unseren Abschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir in Textform gefragt haben. Bei Verletzung dieser Anzeigepflicht können wir vom Vertrag zurücktreten und leistungsfrei sein oder den Vertrag kündigen oder eine Vertragsanpassung vornehmen. Dies gilt insbesondere für die Erklärung über die Gesundheitsverhältnisse. Lesen Sie dazu bitte auch auf der Rückseite die Belehrung „Gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“.

Antragsteller (Versicherungsnehmer VN) Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder ausfüllen.

Als Antragsteller wird im folgenden auch Derjenige bezeichnet, der lediglich einen Versicherungsvorschlag anfordert.

0 = ohne Anrede 1 = Herr 2 = Frau 3 = Herren 4 = Frauen 5 = Herr und Frau 6 = Firma 9 = Sonderanrede

Bereits Kunde/Kundin? Ja Nein Liegt der gewöhnliche Aufenthalt der zu versichernden Person seit mind. 3 Jahren in Deutschland? Ja Nein (Bitte FR PP-263 einreichen)

Selbstständig? Ja Nein

Vor- und Zuname bzw. Firma _____ Geburtsdatum _____

Straße/Haus-Nr. _____ PLZ für Postfach _____

PLZ/Wohnort _____ Postfach _____

Beruf. Tätigkeit/ Branche (genaue Bez.) _____ Telefon/Telefax _____

Familienstand _____ E-Mail _____

Umfangreiche Anschriften, Sonderanreden, ZAD-Beziehungen, abweichende(n) Beitragszahler(in) auf besonderem Blatt angeben.

Zu versichernde Person Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder ausfüllen.

Vor- und Zuname _____ Geburtsdatum/ Geschlecht _____ männlich weiblich

Straße/Haus-Nr. _____ Familienstand _____

PLZ/Wohnort _____ Beruf. Tätigkeit/ Branche (genaue Bez.) _____

Liegt der gewöhnliche Aufenthalt der zu versichernden Person seit mindestens 3 Jahren in Deutschland? Ja Nein (Bitte FR PP-263 einreichen)

Abgeschlossene Ausbildung (Studium, Berufsausbildung) Ja Nein Welche: _____

Ist die zu versichernde Person

Schüler/Student? Ja Nein Hauptfach: _____ Bitte aktuelle Schul- bzw. Immatrikulationsbescheinigung beifügen

Auszubildender? Ja Nein

als Selbstständiger/Freiberufler tätig? Ja Nein

Beihilfeberechtigt? Ja, mit Beihilfe Bund, Land: _____

Erstattungs- und Beihilfebemessungssatz dürfen zusammen 100 % nicht übersteigen. Ja Nein Beihilfebemessungssatz ambulant: _____ %, stationär: _____ %

zum Abschluss einer Krankheitskosten-Pflichtversicherung nach § 193 VVG verpflichtet? Ja Nein

Ist in den nächsten 18 Monaten für mehr als 6 Monate ein Auslandsaufenthalt außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes geplant? Ja Nein (Wenn Ja, bitte FR PP-204 einreichen)

Arbeitgeberbescheinigung Ja Nein

Adress-Nr./ZG-Schlüssel _____

Versicherungsbeginn/Vertragsdauer

Versicherungsbeginn/ Vertragsdauer 1. _____

Der Vertrag wird pro Person und Tarif auf unbestimmte Zeit geschlossen und zwar auch dann, wenn er vorsieht, dass er bei Eintritt bestimmter Ereignisse endet. Er kann vom Versicherungsnehmer mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens jedoch zum Ablauf der Mindestvertragsdauer des jeweiligen Tarifes gekündigt werden. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifs rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres.

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn sie die vorvertragliche Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben oder wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies gilt jedoch nicht, wenn Sie die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht zu vertreten haben.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Versicherungsschutz, Beiträge

| Tarif | evtl. abweichender Versicherungsbeginn | Monatlicher Tarifbeitrag | A | Nachlass aus Übertragungswert (gem. Übertragungswertbescheinigung des Vorversicherers)* | B | Gesetzlicher Zuschlag 10%** | C | Monatliche Beitragsrate | A-B+C |
|-------|--|--------------------------|---|---|---|-----------------------------|---|-------------------------|-------|
|-------|--|--------------------------|---|---|---|-----------------------------|---|-------------------------|-------|

* Der Nachlass aus Übertragungswert wird auf der Grundlage des vom Vorversicherer in der Übertragungswertbescheinigung genannten Übertragungswertes berechnet. Er steht unter dem Vorbehalt der tatsächlichen Übertragung und wird neu berechnet, wenn der Übertragungswert von den bescheinigten Angaben abweicht.
 ** Der gesetzliche Zuschlag in Höhe von zehn Prozent des Tarifbeitrages, bei Versicherungen mit einem Nachlass aus Übertragungswert aus dem um den Nachlass verminderten Tarifbeitrag, muss zu dem Tarifbeitrag addiert werden. Er wird gemäß § 12 Abs. 4a des Versicherungsaufsichtsgesetzes zur Bildung einer zusätzlichen Alterungsrückstellung verwendet. Der Zuschlag entfällt ab dem 1.1. des Jahres, das der Vollendung des 60. Lebensjahres folgt. Durch den Zuschlag soll der Beitrag ab dem 65. Lebensjahr konstant gehalten werden. Nicht verbrauchte Beiträge werden ab dem 80. Lebensjahr zur Senkung des Beitrages verwendet.

Private Krankheitskostenversicherung als Alternative zu gesetzlichen Krankenversicherung

Bitte den Tarif der Krankheitskosten-Pflichtversicherung, bei dem ein Nachlass aus Übertragungswert zu berücksichtigen ist, an erster Stelle eintragen.

| | | | | | | | | | |
|--|---|-------|-----|--|-------|-------|-------|-------|-----|
| _____ | _____ | _____ | EUR | _____ | EUR | _____ | EUR | _____ | EUR |
| _____ | _____ | _____ | EUR | Höhe des in der Übertragungswertbescheinigung genannten Übertragungswertes: EUR (Bescheinigung bitte beifügen) | _____ | _____ | EUR | _____ | EUR |
| _____ | _____ | _____ | EUR | | _____ | _____ | EUR | _____ | EUR |
| Familien-Selbstbehalt (FAMIS) zu Tarif | Vereinbarter Gesamtbetrag der Selbstbehalte | _____ | EUR | | _____ | _____ | EUR | _____ | EUR |
| Betrag für die Beitragsreduzierung ab Vollendung des _____ Lebensjahres: | | _____ | EUR | _____ | _____ | EUR | _____ | _____ | EUR |

Pflege-Pflichtversicherung

| | | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-----|--|-------|-------|-----|-------|-----|
| _____ | _____ | _____ | EUR | incl. Nachlass aus Übertragungswert*** | _____ | _____ | EUR | _____ | EUR |
|-------|-------|-------|-----|--|-------|-------|-----|-------|-----|

Bei Beantragung einer Pflege-Pflichtversicherung für Ehegatten, Lebenspartner, Kinder oder Studenten bitte immer Formular KVP_002 (Erklärung zur Privaten Pflege-Pflichtversicherung) beilegen.

*** Der von Ihrem Vorversicherer in der Übertragungswertbescheinigung für die Pflege-Pflichtversicherung genannte Übertragungswert wurde unmittelbar bei der Berechnung des monatlichen Tarifbeitrages beitragsmindernd berücksichtigt. Der Tarifbeitrag steht unter dem Vorbehalt der tatsächlichen Übertragung und wird neu berechnet, wenn der Übertragungswert von den bescheinigten Angaben abweicht.

Besteht oder bestand eine private Pflege-Pflichtversicherung? Nein Ja Bei? _____ Seit wann? _____

Bitte Nachweis über ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit beim Vorversicherer beifügen.

| Tarif | evtl. abweichender Versicherungsbeginn | Monatlicher Tarifbeitrag | A | Vereinbartes Tagegeld |
|-------|--|--------------------------|-----|-----------------------|
| _____ | _____ | _____ | EUR | _____ |
| _____ | _____ | _____ | EUR | _____ |

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass das beantragte Krankentagegeld zusammen mit einem anderweitig gegenüber einem privaten oder gesetzlichen Krankenversicherungsträger bereits bestehenden oder beantragten Anspruch mein durchschnittliches Nettoeinkommen der letzten 12 Monate – ggf. der kommenden 12 Monate – zuzüglich der anteiligen Krankenversicherungsbeiträge und der anteiligen Beitragszahlung zur gesetzlichen Rentenversicherung nicht übersteigt.

Für Arbeitnehmer und geschäftsführende Gesellschafter einer GmbH ab KT-Höhe von EUR 120 täglich oder bei Karenzstufen unter 43 Tagen:

| | | |
|---|--|---|
| Durchschnittlicher monatlicher Nettoverdienst der letzten 12 Monate | Durchschnittlicher monatlicher Nettoverdienst der kommenden 12 Monate* | Beanspruchbare Lohn-/Gehaltsfortzahlungsdauer in Tagen: |
| _____ EUR | _____ EUR | _____ |

Für Selbstständige/Freiberufler ab einer KT-Höhe von EUR 60 täglich oder bei Karenzstufen unter 29 Tagen:

| | | | | |
|--|-------------------------------|--|--|---|
| Seit wann wird die berufliche Tätigkeit/das selbstständige Gewerbe ausgeübt? | Anzahl der Mitarbeiter/-innen | Seit wann besteht die Eintragung ins Handelsregister/die Gewerbeanmeldung? | Durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen der letzten 12 Monate aus dieser Tätigkeit | Erwartetes durchschnittliches Nettoeinkommen der kommenden 12 Monate* |
| _____ | _____ | _____ | _____ EUR | _____ EUR |

* Nur beantworten wenn ein höheres Krankentagegeld als das durchschnittliche Nettoeinkommen der letzten 12 Monate beantragt wird.

| Tarif | evtl. abweichender Versicherungsbeginn | Monatlicher Tarifbeitrag | A | Vereinbartes Tagegeld |
|-------|--|--------------------------|-----|-----------------------|
| _____ | _____ | _____ | EUR | _____ |
| _____ | _____ | _____ | EUR | _____ |
| _____ | _____ | _____ | EUR | _____ |

Monatliche Gesamtbeitragsrate für alle Tarife

4% Beitragsvorteil bei jährlicher Zahlungsweise

Entfallende Tarife (Kommt der Vertrag über den neu beantragten Versicherungsschutz nicht zustande, entfallen diese Tarife nicht und der Vertrag besteht insoweit unverändert fort.)

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
|-------|-------|

Anderweitige Versicherungen

Bestehende oder innerhalb der letzten 3 Jahre beantragte oder beendete gesetzliche oder private Kranken- oder Pflegeversicherungen (auch Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld- und Zusatzversicherungen):

| Versicherungsgesellschaft/ Krankenkasse | Versicherungs-Nummer | Art und Umfang der Versicherung mit Angabe der Tagegeldhöhen | Besteht seit | Endet zum | Beantragt am | Wurde ein Antrag abgelehnt A oder zurückgestellt Z ? Wurde ein Risikozuschlag R oder ein Leistungsausschluss L vereinbart oder gefordert? |
|---|----------------------|--|--------------|-----------|--------------|---|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Grund:

Erklärung über die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person

Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der nachstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Fragennummer auf einem gesonderten Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen **und zu unterschreiben** sowie nachstehend auf dieses Beiblatt zu verweisen. Falls Sie diese Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchten, so können Sie diese unverzüglich schriftlich unmittelbar gegenüber der Gesellschaft nachholen. Bitte beachten Sie unseren Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht, der diesem Formular vorangestellt ist und der gerade für die Erklärung über die Gesundheitsverhältnisse besondere Bedeutung hat. **Unvollständige und unrichtige Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.**

| | | | |
|--|--|--|--|
| 1. Größe und Gewicht | | cm | kg |
| 2. Fanden in den letzten 5 Jahren ambulante Operationen oder stationäre Behandlungen, Aufenthalte in einem Krankenhaus, Sanatorium oder in einer anderen Krankenanstalt statt? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Grund? | Befund? |
| | | Dauer: von/bis? | Wo? (Anschrift) |
| | <input type="checkbox"/> Ausgeheilt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit wann? | OP-/KH-Bericht ist beigefügt | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> wird nachgereicht |
| 3. Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen durch Heilbehandler (Ärzte, Heilpraktiker, Psychologen) statt? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Grund? | Befund? |
| | | Dauer: von/bis? | Durch wen? (Anschrift) |
| | <input type="checkbox"/> Ausgeheilt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit wann? | | |
| 4. Wurde in den letzten 3 Jahren eine ambulante/stationäre Untersuchung oder Behandlung angeraten und noch nicht oder noch nicht abschließend durchgeführt? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Welche? | |
| | | Durch wen? (Anschrift) | |
| 5. Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen durch Heilbehandler statt im Bereich der Wirbelsäule? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | |
| | | (Wenn ja, bitte FR PP-255 einreichen) | |
| 6. Wurde in den letzten 5 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung oder Beratung durchgeführt? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Grund? | Befund? |
| | | Dauer: von/bis? | Durch wen? (Anschrift) |
| 7. Fanden in den letzten 10 Jahren Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen durch Heilbehandler statt wegen einer bösartigen Tumorerkrankung? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Welche? | Wann? |
| | | Art der Behandlung? | Dauer: von/bis? |
| | | | Wo? (Anschrift) |
| 8. Fanden in den letzten 10 Jahren Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen durch Heilbehandler statt wegen chronischen (immer wieder auftretende) Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Welche? | Wann? |
| | | Art der Behandlung? | Dauer: von/bis? |
| | | | Wo? (Anschrift) |
| | | der Atmungsorgane: Asthma bronchiale, chronische obstruktive Bronchitis, Allergien; | |
| | | der Haut: chronische Dermatitis, Neurodermitis, Psoriasis (Schuppenflechte), Allergien; | |
| | | des Bewegungsapparates: chronische Arthritis, Arthrose, Bandscheibenvorfall, Osteoporose, Morbus Bechterew, Fibromyalgie; | |
| | | der Nerven: Multiple Sklerose, Epilepsie, Einschränkungen in der Konzentrations- und/oder Merkfähigkeit; | |
| | | der Verdauungsorgane: chronische Gastritis, chronische Hepatitis, chronische Pankreatitis, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Zystenleber; | |
| | | sonstige: Diabetes mellitus, Tinnitus, chron. Nierenerkrankungen, Zystenniere? | |
| 9. Wurden in den letzten 6 Monaten von Heilbehandlern Arzneimittel verordnet? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Welche? | Einnahme: von/bis? |
| | | Grund? | |
| 10. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | |
| 11. Bestehen festgestellte Fehlstellungen, Fehlbildungen hinsichtlich Größe, Lage, Form, Anzahl (auch durch Amputationen oder andere Operationen) oder Funktionsbeeinträchtigungen von Extremitäten, anderer Körperteile oder von Organen? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Welche? | Seit wann? |
| 12. a) Werden Hilfsmittel (Bandagen, Hörhilfen, Stützapparate, orthopädische Schuhe und Einlagen, Prothesen oder Sehhilfen) verwendet? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Welche? | |
| | | Bei Sehhilfen: Dioptrien rechts: | links: |
| b) Besteht ein Invaliditätsgrad? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Grad: % | Wenn ja, Invaliditätsbescheid mit Diagnoseteil einreichen. |
| c) Bezog, bezieht oder beantragte die zu versichernde Person Rente aus gesundheitlichen Gründen oder ist sie als Schwerbehinderter anerkannt? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | Wenn ja, Renten- und Schwerbehindertenbescheid mit Diagnoseteil einreichen. |
| 13. Fanden wegen unerfülltem Kinderwunsch Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen statt? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Wann? | |
| | | Durch wen? (Anschrift) | |
| 14. Wurde eine Schwangerschaft festgestellt? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | |
| 15. Hat die zu versichernde Person einen Heilbehandler (z. B. Hausarzt, aber auch sonstige Heilbehandler), den sie üblicherweise konsultiert? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Wenn ja, vollständige Anschrift: | |

Nur zu beantworten, wenn Versicherungsschutz für zahnärztliche Leistungen beantragt wird:

| | | | |
|--|---|-----------------------------|---|
| 16. a) Fanden in den letzten 3 Jahren zahnärztliche Behandlungen oder Untersuchungen statt? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Durch wen? (Anschrift) | |
| b) Bei Personen über 10 Jahren: Fehlen natürliche Zähne (außer Weisheitszähne), die nicht ersetzt wurden, auch nicht durch Lückenschluss? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Anzahl fehlender Zähne: | |
| c) Wurden Zähne – mit Kronen oder Teilkronen versorgt einschließlich der Kronen/Teilkronen zur Verankerung von Brücken? – durch Brücken und/oder eine Voll- oder Teilprothese ersetzt? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Anzahl so versorgter Zähne: | davon innerhalb der letzten 5 Jahre: |
| | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Anzahl so ersetzter Zähne: | davon innerhalb der letzten 5 Jahre: |
| d) Wurden Zähne durch Implantate ersetzt? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Anzahl so ersetzter Zähne: | davon innerhalb der letzten 5 Jahre: |
| e) Wurde innerhalb der letzten 3 Jahre eine parodontale Erkrankung festgestellt oder behandelt? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Welche? | |
| | | Durch wen? (Anschrift) | |
| f) Wurde die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Zahn- oder Kieferregulierung oder eine sonstige zahnärztliche Behandlung in den letzten 3 Jahren angeraten und noch nicht oder noch nicht abschließend durchgeführt? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Welche? | Wenn ja, Heil- und Kostenplan mit einreichen. |
| | | Durch wen? (Anschrift) | |
| g) Ist provisorischer Zahnersatz vorhanden? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | Wenn ja, Heil- und Kostenplan mit einreichen. |

Einzugsermächtigung

Die Beiträge sind bis auf Widerruf ab dem 1. des Fälligkeitsmonats abzubuchen.

Für alle meine Verträge bei der Mannheimer Versicherungsgruppe

Konto wie bisher

Kontoänderung

Kreditinstitut

Name des Kontoinhabers (sofern nicht Antragsteller)

Bankleitzahl Konto-Nr.

Unterschrift des Kontoinhabers (sofern nicht Antragsteller)



Deckungszusagen und Nebenabreden

Die selbständige Abgabe von Deckungszusagen ist den Vertretern verboten und ohne rechtliche Wirkung für den Versicherer. Nebenabreden sind nur dann verbindlich, wenn der Versicherer sie schriftlich oder durch Aufnahme in den Versicherungsschein oder Nachtrag genehmigt.

Erklärung zur Datenverarbeitung und zur Schweigepflichtentbindung

Wichtig! Bitte lesen Sie zunächst auf der Rückseite den dort im vollständigen Wortlaut abgedruckten Text der Erklärung.

Wir – Antragsteller(in)/Anfordernde(r) und zu versichernde Person(en) – geben die auf der Rückseite abgedruckte Erklärung zur Datenverarbeitung und zur Schweigepflichtentbindung ab, namentlich

- die Erklärung zur Verwendung unserer allgemeinen personenbezogenen Daten (II),
- die Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und zur Verwendung von Gesundheitsdaten (III), wobei von den eingeräumten Wahlmöglichkeiten – durch Ankreuzen – wie folgt Gebrauch gemacht wird:

zu III. 1. a: Schweigepflichtentbindung zur Risikobeurteilung bei Vertragsabschluss

- Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, sonstige Behandler (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten), Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

Ergeben sich nach Vertragsabschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragsstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die Mannheimer Krankenversicherung AG wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

- Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.

zu III. 1. b: Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht

- Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, sonstige Behandler (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten) Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.

Die Mannheimer Krankenversicherung AG wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

- Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zu Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Einwilligung zur Datenübermittlung an Finanzbehörden – Steuerliche Berücksichtigung von Beiträgen

Hinweis: Nur zu beachten, wenn eine Krankheitskostenvollversicherung oder eine Pflege-Pflichtversicherung versichert werden sollen.

- Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflege-Pflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) von der Mannheimer Krankenversicherung AG den Finanz-

behörden übermittelt werden. Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungs- und Pflege-Pflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht oder eingeschränkt erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.

Steueridentifikationsnummer
der zu versichernden Person

Vertragsgrundlagen

Es gelten der Antrag, die durch die gewählten Tarifbezeichnungen benannten Versicherungsbedingungen für den jeweils beantragten Tarif (Mannheimer Bedingungen oder Bedingungen der Pflege-Pflichtversicherung), und die für diese geltenden Allgemeinen Bedingungen

- für Tarife der Krankheitskostenversicherung, der Krankenhaustagegeldversicherung, der Krankentagegeldversicherung und der Pflegekrankenversicherung, mit Ausnahme der Pflege-Pflichtversicherung, die Allgemeinen Bedingungen 2009 für die Krankenversicherung der Mannheimer Krankenversicherung AG (Mannheimer AB-Kranken 2009),

- für Tarife der Pflege-Pflichtversicherung die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung (MB/PPV 2009), sowie, sofern ein Familienselbstbehalt oder eine Beitragsreduzierung im Alter beantragt sind,
 - die Mannheimer Besonderen Bedingungen 2009 für den Familienselbstbehalt in der Krankheitskostenversicherung (Mannheimer BB 2009 Kranken Familienselbstbehalt),
 - die Mannheimer Besondere Vereinbarung zur Beitragsreduzierung in der Krankheitskostenversicherung im Alter (Mannheimer BV 2009 Kranken Beitragsreduzierung).
- Es gilt deutsches Recht.

Antragserklärung

Wichtige Hinweise

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, überprüfen Sie bitte alle Angaben auf Vollständigkeit und Richtigkeit. Beachten Sie dabei, dass Verletzungen der vorvertraglichen Anzeigepflicht den Versicherer berechtigen können, vom Vertrag zurückzutreten und leistungsfrei zu sein oder den Vertrag zu kündigen oder eine Vertragsanpassung vorzunehmen.

Eine Durchschrift/Kopie des Antrages wird dem Antragsteller nach Unterzeichnung des Antrages sofort ausgehändigt oder unverzüglich übersandt.

Annahmefrist: Der Versicherer kann diesen Antrag innerhalb einer Frist von 1 Monat annehmen. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung, bei Versicherungen mit ärztlicher Untersuchung jedoch nicht vor dem Tag der Untersuchung.

Widerrufsrecht: Zum Widerrufsrecht lesen Sie bitte unsere „Belehrung über das Widerrufsrecht nach § 8 VVG“ im Kompendium.

Ich beantrage Versicherungsschutz auf Grundlage der vorstehenden Daten, Einwilligungen und Erklärungen. Mein Recht, meine Vertragserklärung nach § 8 VVG zu widerrufen, bleibt unberührt.

Beginnt der Versicherungsschutz bereits vor dem Ende der Widerrufsfrist, erkläre ich mich damit gemäß § 9 VVG einverstanden.

Unterschriften

Ort/Datum

Antragsteller(in), Vor- und Zuname

zu versichernde Person, sofern nicht

Antragsteller(in), Vor- und Zuname

gesetzliche(r) Vertreter(in) bei

Minderjährigen, Vor- und Zuname

Vermittler(in)

Vorschlagsanforderung

Wichtige Hinweise

Bevor Sie diese Vorschlagsanforderung unterschreiben, überprüfen Sie bitte alle Angaben auf Vollständigkeit und Richtigkeit. Beachten Sie dabei, dass Verletzungen der vorvertraglichen Anzeigepflicht den Versicherer berechtigen können, vom Vertrag zurückzutreten und leistungsfrei zu sein oder den Vertrag zu kündigen oder eine Vertragsanpassung vorzunehmen.

Eine Durchschrift/Kopie dieser Vorschlagsanforderung wird dem Anfordernden nach Unterzeichnung der Vorschlagsanforderung sofort ausgehändigt oder unverzüglich übersandt.

Ich bitte, mir auf der Grundlage der vorstehenden Daten, Einwilligungen und Erklärungen nach durchgeführter Risikoprüfung einen entsprechenden Versicherungsvorschlag zu unterbreiten.

Unterschriften

Ort/Datum

Antragsteller(in), Vor- und Zuname

zu versichernde Person, sofern nicht

Antragsteller(in), Vor- und Zuname

gesetzliche(r) Vertreter(in) bei

Minderjährigen, Vor- und Zuname

Vermittler(in)

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich vor Unterzeichnung dieses Antrages erhalten habe:

Bei substitutiver Krankenversicherung

das Produktinformationsblatt für die jeweils beantragte Versicherung, den Versicherungsvorschlag und die Tarifübersicht mit Informationen zu Beitrag und zur Beitragsentwicklung der letzten 10 Jahre.

Kundeninformationen, Belehrungen, Bedingungen und Gesetzesauszüge (PDF-Version)

das Kompendium _____ Druckversion CD-Version
einschl. Kundeninformationen, Belehrungen, Bedingungen und Gesetzesauszüge

Bei nichtsubstitutiver Krankenversicherung

das Produktinformationsblatt für die jeweils beantragte Versicherung

Kundeninformationen, Belehrungen, Bedingungen und Gesetzesauszüge (PDF-Version)

das Kompendium _____ Druckversion CD-Version
einschl. Kundeninformationen, Belehrungen, Bedingungen und Gesetzesauszüge

Unterschrift

Ort/Datum

Antragsteller(in),
Vor- und Zuname

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich vor Unterzeichnung dieses Vorschlages erhalten habe:

das Kompendium _____ Druckversion CD-Version
einschl. Kundeninformationen, Belehrungen, Bedingungen und Gesetzesauszüge

Unterschrift

Ort/Datum

Anfordernde(r),
Vor- und Zuname

Die nachstehende Erklärung wird Gegenstand Ihrer Antragserklärung/Vorschlagsanforderung. Bitte lesen Sie dazu auch den umseitigen Text unter der Überschrift „Erklärung zur Datenverarbeitung und zur Schweigepflichtentbindung“. Von den unter III. 1. a und b eingeräumten Wahlmöglichkeiten können Sie dort Gebrauch machen.

I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir, die Mannheimer Krankenversicherung AG, insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung.

Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt, anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt.

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer **allgemeinen personenbezogenen Daten** (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das Gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung. Auf diese kann bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch für die Fälle, die nicht von vornherein durch die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst werden (vgl. dazu Ziffer II.).

Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich darin ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die Mannheimer Krankenversicherung AG.
- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe.
- zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der Gesellschaften der Mannheimer Gruppe (eine vollständige Übersicht aller Unternehmen des Konzerns benennen wir Ihnen gerne auf Ihren Wunsch hin), um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung meiner Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsscheinnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten.
- zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur dortigen Verwendung durch Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.
- durch andere Unternehmen/Personen innerhalb und außerhalb der Mannheimer Gruppe, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen/Personen werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen/Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebunden und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.
- zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft mit Daten, die der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) im Auftrag für die Versicherer verschlüsselt. Im Bereich der privaten Kranken- und Pflegeversicherung können zu den vorgenannten Zwecken Anfragen über den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln (PKV) an andere private Krankenversicherungsunternehmen gerichtet werden. Auf Basis dieser Systeme kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen.
- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die Mannheimer Krankenversicherung AG selbst oder durch eine Auskunft (z. B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA) Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt.
- zur Beratung und Information über Versicherungs- oder sonstige Finanzdienstleistungen durch die Mannheimer Krankenversicherung AG, andere ausgewählte Gesellschaften der Mannheimer Gruppe oder den für mich zuständigen Vermittler.

III. Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

1. Verwendung von Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

a) Schweigepflichtentbindung zur Risikobeurteilung bei Vertragsabschluss

Ihre vor Vertragsabschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand werden überprüft, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Bitte entscheiden Sie sich in diesem Zusammenhang durch Ankreuzen für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, sonstige Behandler (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten), Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

Ergeben sich nach Vertragsabschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragsstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die Mannheimer Krankenversicherung AG wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann den Abschluss des mit mir beantragten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.

b) Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Bitte entscheiden Sie sich durch Ankreuzen in diesem Zusammenhang für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, sonstige Behandler (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten) Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.

Die Mannheimer Krankenversicherung AG wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zu Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

c) Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch die Mannheimer Krankenversicherung AG ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

2. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen gemäß Ziffer III 1. erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne der Ziffer II. Nr. 1 (hinsichtlich der Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 8 (Beratung und Information) verwendet werden dürfen. Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden (Ziffer II. 6). Im Rahmen der Beratung und Information (Ziffer II. 8.) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht.

Soweit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, entbinde ich hiermit auch die Mannheimer Krankenversicherung AG von der Schweigepflicht.

IV. Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.